SPZOZ.EPII.23.07.02.2017 Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ PONIŻEJ 221 000 EURO**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa …………………………………………………………………………………………………………………

Siedziba ………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu/faks ………………………………………………………………………………………………………

nr NIP ……………………………………………… nr REGON …………………………………………………

Osoba do kontaktu z Zamawiającym / stanowisko: ………………………………………………………………

numer telefonu: …………………………………………… adres e-mail: …………………………………………

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan

**Zobowiązania Wykonawcy**

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia – Sprzedaż z dostawą **aparatu RTG wyposażonego w ramię C**

**koszt brutto**........................................................................................................zł

**Okres gwarancji i rękojmi w miesiącach: ……………………**

Wykonawca podaje okres gwarancji i rękojmi nie krótszy niż 36 miesiące i nie dłuższy niż 60 miesiące;

**Ilość równych rat : …………………….. max 5,**

**Oświadczam, że:**

1. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania.
2. Spełniam warunki udziału w postępowaniu.
3. Zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
4. Zdobyłem informacje konieczne do przygotowania oferty.
5. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w  specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że zamierzam powierzyć następującym podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć oraz nazwy firm podwykonawców ).

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (**niewłaściwe skreślić**) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ................................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą ........................

*(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego*

1. **Oferowany przedmiot zamówienia posiada atesty, zezwolenia, świadectwa rejestracji, certyfikaty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia na terenie RP**.
2. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 104-106 ustawy z dnia 02. 07. 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn. - Dz. U. z 2015 r., poz. 584, z późn. zm.) jestem:
	1. mikroprzedsiębiorcą
	2. małym przedsiębiorcą
	3. średnim przedsiębiorcą
	4. dużym przedsiębiorcą

**(zaznaczyć właściwe)**

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**

Nazwisko, imię. ....................................................................................................

Stanowisko ..........................................................................................................

Telefon...................................................Fax.........................................................

Zakres\*:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia złożenia oferty.

**Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zastrzeżenie wykonawcy**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne informacje wykonawcy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy